INNE SZCZEPIENIA OCHRONNE

Typ szczepienia / szczepienie przeciw	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki	Podpis wykonującego

8

I. DANE OSOBOWE DZIECKA

1. Nazwisko .....
2. Imię/imiona .....
3. Data urodzenia (rrrr-mm-dd-gg-mm) .....
4. Miejsce urodzenia .....
5. Płeć męska ☐ żeńska ☐
6. Numer PESEL

7. Grupa krwi i czynnik Rh[1)] .....
   Wpisane na podstawie badania nr .....

Data .....

Oznaczenie osoby dokonującej wpisu

.....

II. DANE RODZICÓW/OPIEKUNÓW DZIECKA

1. Imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego .....
2. Imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego .....
3. Numery telefonów kontaktowych rodziców/opiekunów prawnych .....

.....

.....

.....

.....

.....

[1)] Jeżeli oznaczono po urodzeniu.

III. OKRES PRENATALNY (CIĄŻA)

1. Wiek matki .....
2. Grupa krwi ..... czynnik Rh..... matki
3. Podano immunoglobulinę anty-RhD: tak ☐ nie ☐

   profilaktyka śródciążowa: tak ☐ nie ☐

   profilaktyka poporodowa: tak ☐ nie ☐
4. Ciąża (która z kolei) ..... pojedyncza ☐ wielopłodowa ☐
5. Narażenie na czynniki szkodliwe w czasie ciąży .....

   .....

   .....

   .....

   (rodzaj czynnika, czas trwania i wiek ciąży)
6. Szczepienia wykonane w czasie ciąży .....

   .....

   (rodzaj szczepienia; wiek ciąży)
7. Leki przyjmowane w czasie ciąży (dawki, okres przyjmowania; wiek ciąży) .....

   .....

   .....

   .....

   .....

   .....
8. Przebieg ciąży:

   nieprawidłowości pępowiny ☐

   nieprawidłowości łożyska ☐

   wielowodzie ☐

   małowodzie ☐

   hipotrofia płodu:

   wczesna ☐

   późna ☐

   symetryczna ☐

   asymetryczna ☐

   wady w budowie ciała płodu ☐

   nieprawidłowe położenie płodu ☐

Pieczęć zakładającego książeczkę nr kontraktu	Pieczęć przeprowadzającego szczepienie nr kontraktu	Pieczęć przeprowadzającego szczepienie nr kontraktu	Pieczęć przeprowadzającego szczepienie nr kontraktu
od ..... do	od ..... do	od ..... do	od ..... do .....

Nazwisko i imię osoby, która sprawuje prawną pieczę nad osobą objętą obowiązkowym szczepieniem ochronnym, albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016r. poz. 186; z późn. zm.)

Nazwisko ..... Imię .....

Nr telefonu

Adres zamieszkania

1. ..... *kod pocztowy* ..... *miejscowość* ..... *ulica* ..... *nr domu* ..... *nr lokalu*
2. ..... *kod pocztowy* ..... *miejscowość* ..... *ulica* ..... *nr domu* ..... *nr lokalu*
3. ..... *kod pocztowy* ..... *miejscowość* ..... *ulica* ..... *nr domu* ..... *nr lokalu*